

# Terveyspalvelujen suurkäyttäjät

Tunnistaminen ja palvelumallit

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyö  
Opinnäytetyö  
Syksy 2015  
Anna Juhkov-Mörö  
Martta Silén

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

JUHKOV-MÖRÖ, ANNA  
SILÉN, MARTTA:

Terveyspalvelujen suurkäyttäjät  
Tunnistaminen ja palvelumallit

Hoitotyön opinnäytetyö

48 sivua, 7 liitesivua

Syksy 2015

TIIVISTELMÄ

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena ja tarkoituksena oli tuoda esille tietoa terveyspalvelujen suurkäyttäjistä, heidän määrittelemisestään ja tunnistamisestaan sekä terveyspalvelujen palvelumalleista joita suurkäyttäjien palveluiden kehittämisessä voidaan hyödyntää.

Opinnäytetyö sisältää teoria- ja tutkimustietoa aiheista: Millainen on terveyspalvelujen suurkäyttäjä ja mitä palvelumalleja voidaan hyödyntää hänen palvelunsa parantamiseen ja hoidon kokonaisuuden hallitsemiseen? Tämä opinnäytetyö on sairaanhoitajien hyödynnettävissä laajalti terveyspalvelujen saralla.

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin koulutusiltapäivän muodossa, yhteistyökumppanina toimivan Mäntsälän terveysaseman tiloissa. Työryhmätapaamisten kautta myös yhteistyökumppanin edustajat osallistuivat opinnäytetyöprosessiin ja saivat vaikuttaa siihen, miten opinnäytetyön aihetta käsiteltiin.

Koulutusiltapäivässä kerrottiin Mäntsälän terveysaseman edustajille terveyspalvelujen suurkäyttäjän määrittämisestä ja tunnistamisesta. Koulutusiltapäivässä esiteltiin myös viisi erilaista terveyspalvelujen palvelumallia joita terveyspalvelujen suurkäyttäjän palveluiden kehittämisessä voidaan hyödyntää. Esityksen päätteeksi käytiin avointa keskustelua tämän sisällöstä, lähinnä palvelumallien hyödynnettävyydestä. Osa esitellyistä palvelumalleista nähtiin hyödyntämiskelpoisina Mäntsälän terveysasemalla.

Asiasanat: Terveyspalvelut, asiakaslähtöisyys, palvelumalli, toiminnallinen opinnäytetyö

Lahti University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

JUHKOV-MÖRÖ, ANNA

SILÉN, MARTTA: Frequent attenders in primary health care  
Identification and service models

Bachelor's Thesis in nursing 48 pages, 7 pages of appendices

Autumn 2015

## ABSTRACT

---

The purpose and objective of this thesis was to present information about frequent attenders in primary health care, their definition and what kind of service models there are available within health care that can be utilized in the service development in order to make services better and more manageable among the frequent attenders.

This thesis includes theory- and research information about the subject: What type of a person is a frequent attender in primary health care and what type of service models can be done in order to make the health care service better and more manageable for him. This thesis can be utilized among nurses quite extensively within the health care sector.

We carried out our thesis in the form of a functional training lecture at our partner's Mäntsälä health care centre premises. We also arranged working group meetings in which some members from the health care centre participated and were able to make comments and suggestions about the handling of our thesis' subject.

The training lecture consisted of the main findings of our thesis. We introduced the participants five service models that can be utilized in the development of health care services provided for the frequent attenders. We also talked about how a frequent attender can be determined and identified. At the end of the presentation we had an open discussion of the content, primarily service models and their usability. Some service models were seen to be quite suitable at Mäntsälä health centre.

Key words: Health care services, customer orientation, service model, functional thesis

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	7
3	TERVEYSPALVELUJEN SUURKÄYTTÄJÄN MÄÄRITTÄMINEN	8
3.1	Potilaslähtöiset vaikutustekijät	9
3.2	Health Belief-Malli	10
3.3	Kiintymyssuhdeteoria	11
3.4	Muita vaikuttavia tekijöitä	12
4	TERVEYSPALVELUIDEN SUURKÄYTTÄJÄN TUNNISTAMINEN JA TUNNISTAMISEEN SOVELTUVAT MITTARIT	14
4.1	Finriskilaskuri	15
4.2	Omahoitolomake	16
4.3	WHOQOL-BRIEF elämänlaatumittari	17
4.4	SOFAS- Toimintakyvyn arviointi	17
4.5	Päihdemittarit ja psyykkisen tilan seurantamittarit	18
5	TERVEYSHYÖTYMALLI VIITEKEHYKSENÄ TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMISESSÄ	20
6	TERVEYSPALVELUJEN SUURKÄYTTÄJÄN PALVELUMALLIT	24
6.1	Avoimen dialogin hoitomalli	24
6.2	Perustason moniammatillinen tiimimalli	26
6.3	Terveyskioski/hyvinvointikioski palvelumalli	28
6.4	Asiakasvastaava palvelumalli	30
6.5	Palveluohjaaja palvelumalli	32
7	TYÖN TOTEUTTAMINEN	34
7.1	Toteutus	34
7.2	Tiedonhaun menetelmät	35
7.3	Työryhmätapaamiset	36
8	KOULUTUSILTAPÄIVÄ MÄNTSÄLÄN TERVEYSASEMALLA	39
9	POHDINTA	41
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	49

# 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset jakautuvat pienelle väestön osalle, Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan 10% osuus kunnan väestöstä kerryttää 81% kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista (Suomen lääkirilehti 2013, 3163). Tätä väestöryhmää voidaan kutsua terveyspalvelujen suurkäyttäjiksi ja se koostuu hyvinkin erilaisista potilaista, joiden profilointi on haasteellista ja ryhmään kuulumisen määrittelemisen hankalaa. Tutkimusten perusteella tiedetään, että terveyspalvelujen suurkäyttäjäisyys on yleensä lyhytaikainen ilmiö, mutta suurkäyttö voi useassa tapauksessa kroonistua. Koska terveyspalvelujen suurkäyttäjäisyyttä ei voida määritellä millään tietyllä lukuarvolla, suurkäyttäjäryhmä nähdään joukkona potilaita joiden käyntimäärät terveydenhuollon palveluissa ovat keskimääräisiä käyntimääriä korkeammat. (Koskela 2008, 23-24.)

Koskela (2008) kertoo suhtautuvansa alentuvasti ilmiöön, jossa terveyspalveluiden suurkäyttöä ennakkoon luokitellaan normaalissa elämässä hyvin negatiiviseksi tai positiiviseksi ilmiöksi. Vedstedin ja Christensenin (2005) tutkimuksissa on tullut esille, että terveyspalveluiden suurkäyttäjillä on usein paljon psyykkisiä stressioireita ja kroonisia somaattisia sairauksia (Koskela 2008, 10). Suurkäyttäjät kokivat itse terveydentilansa huonoksi (Borgquist 1993, Mclsaac 1997, Koskelan 2008 mukaan, 10). Lisäksi terveydenhuollon resurssien suureen käyttömäärään on yhteydessä potilaiden huono elämän laatu (Heywood 1998, Koskelan 2008 mukaan, 10).

Terveyspalvelujen suurkäyttäjät on ajankohtainen opinnäytetyön aihe, mikä käy ilmi myös aiheesta tehtyjen tutkimusten ja teorialiedon määrästä. Eri palvelumalleja tutkittaessa esille nousi selvästi asiakaslähtöisyys ja siihen liittyvät eri teemat.

Tutkimuksessaan Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas (2011, 19) toteavat, että ohjeistamalla asiakasta oman terveytensä hoitoon, muutetaan tälle syntynyttä passiivista asennetta (Leväsluoto &

Kivisaari 2012, 7-8). Kun ihmiset pystyvät hoitamaan ja hallitsemaan omaa sairauttaan, tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten tukea vähemmän (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 8).

Leväsluoto & Kivisaari (2012) toteavat myös, että kroonisten sairauksien hoidon haastavampina tekijöinä ovat terveydenhuollon toimijoiden epäselvät vastuunjaot, sekä sen seurauksena syntyneet rajapintojen haasteet. Koordinoidessa hoitoa, tulisi sen olla selkeämpää ja tietojärjestelmien tulisi tukea hoitoa enemmän.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Mäntsälän terveysaseman kanssa. Käydyissä työryhmätapaamisissa nousi esille Mäntsälän terveysaseman tarve kehittää terveystalouden suuren käyttäjien tunnistamista ja suuren käyttäjien palveluita sekä niiden kokonaishallintaa.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään suuren käyttäjien määrittämistä ja tunnistamista sekä esitellään palvelumalleja joita Mäntsälän terveysasemalla olisi mahdollista hyödyntää suurkäyttäjille suunnattujen terveystalouden kehittämisessä. Työssä esitellään myös terveyshyötymalli, jota voidaan hyödyntää viitekehiksenä terveystalouden kehittämisessä.

Tässä opinnäytetyössä käytetään terveystalouden käyttäjästä sekä termiä potilas että asiakas, johtuen eri lähteiden tavasta nimetä palvelunkäyttäjät.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus on etsiä tutkimus- sekä teorian tietoa terveyspalveluiden suurkäyttäjistä ja tuottaa sen perusteella koulutusiltaapäivä Mäntsälän terveysasemalle. Myös opinnäytetyön teoriaosuus on itsessään hyödyntämiskelpoinen.

Opinnäytetyössämme sen tutkimus- ja kehittämistavoitteita ovat:

- 1) Terveyspalvelujen suurkäyttäjä- käsitteen määrittelevä tutkimus- ja teorian tiedon valossa
- 2) Terveyspalvelujen suurkäyttäjän tunnistaminen
- 3) Mäntsälän terveysasemalle hyödyntämiskelpoisten palvelumallien esittelevä

### 3 TERVEYSPALVELUJEN SUURKÄYTTÄJÄN MÄÄRITTÄMINEN

Vuosikymmenten aikana suomalaisten terveys, kyky toimia, eliniänodote ja elinikä ovat pidentyneet. Vaikuttavia tekijöitä tähän ovat olleet ja ovat edelleen parantunut sosioekonominen asema, koulutus, lääketieteen kehitys, terveelliset elintavat ja turvallinen ympäristö. Sosiaaliekonomisten ryhmien eroavaisuudet ovat nousseet merkittävästi lähes kaikilla terveyden ja hyvinvoinnin alueilla. Suurimmat erot ovat nähtävissä terveystottumuksissa ja somaattisissa sekä psyykkisissä sairauksissa. (Routsalo & Pitkälä 2009, 5-6.)

Terveyspalvelujen suurkäyttäjät hyödyntävät huomattavan osan perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä kuormittaen näin perusterveydenhuollon lääkäreitä sekä koko terveydenhuoltojärjestelmää. Oulussa vuonna 2011 toteutetun tutkimuksen mukaan 81% kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista on kerryttänyt 10% kunnan asukkaista (Suomen lääkärilehti 2013, 3163). Lähes samaan tulokseen on päästy myös terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen pääkaupunkiseudulla vuonna 2006 toteuttamassa tutkimuksessa (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010, 4).

Runsas palveluiden käyttö lisää kysyntää ja johtaa tarjonnan allokontiin eli valikointiin. Potilaan tunne tarvitsemistaan palveluista ei vastaa terveydenhuoltojärjestelmän tarjontaa jolloin päädytään tilanteeseen missä kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa. (Koskela 2008, 24-26.)

Paljon terveyspalveluita käyttävät ovat tyypillisesti monisairaita, iäkkäitä sekä sosiaalisesti heikossa asemassa olevia (Suomen lääkärilehti 2013, 3164). Heillä voi olla myös tavanomaisiin käyttäjiin verrattuna enemmän lääketieteellisesti selittämättömiä oireita sekä psyyke- ja kipulääkereseptejä (Smits ym. 2009, Koskela 2014). Pitkäaikaissairaudet ovat tyypillinen riskitekijä johtamaan terveyspalvelujen suurkäyttöön (Suomen lääkärilehti 2013, 3164). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksessa tuli esille, että terveyspalvelujen niin kutsutut erittäin kalliit potilaat kärsivät usein (40% kalliista potilaista) mielisairaudesta tai



masennuksesta. Suurella todennäköisyydellä tämän päivän terveyspalvelujen suurkäyttäjä on sitä myös tulevaisuudessa. (THL 2010, 9.)

Kirjallisuudesta on vaikea löytää sellaista raja-arvoa, jonka ylimenevän osuuden jälkeen terveyspalveluiden käyttö muuntuu suurkäytöksi. Tehdyissä tutkimuksissa suurkäyttöä on käsitelty käyntimäärien mukaisesti esim. 3-34 käyntiä puolenvuoden seuranta-aikana tai prosentteina kaikista, jotka ovat käyttäneet terveyspalveluita esim. 2-24%. (Koskela 2008, 24-25.)

Koskelan (2008, 25) väitöskirjassa kirjoitetaan ” Pitkäaikaiseksi suurkäyttäjäksi voidaan määritellä potilas, jonka terveyspalveluiden suurkäyttö on kroonistunut ja stabiloitunut runsaaksi akuutin suurkäytön vaiheen jälkeen.”

Seuraavaksi määritellään tarkemmin mitkä tekijät vaikuttavat terveyspalvelujen käyttöön ja eritellään niitä tekijöitä jotka vaikuttavat potilaan alttiuteen hakeutua terveyspalvelujen äärelle (Koskela 2008, 27).

### 3.1 Potilaslähtöiset vaikutustekijät

Potilaan tunteeseen hakeutua lääkärin vastaanotolle vaikuttaa potilaan persoonallisuus ja se kuinka potilas kokee omat selviytymiskeinonsa, asenteensa ja aiemmat kokemuksensa terveydenhuollosta (Koskela 2008, 28). Potilas voi olla jatkuvasti huolissaan oireistaan sekä pelätä sairauksia (Jyväskylä 2001; Koskela 2008, 29). Potilaan niukka sosio-ekonominen asema, jolla tarkoitetaan koulutusta, työtä, ammattia sekä varallisuutta, voi aiheuttaa negatiivista hänen terveydentilaansa. Tämä saattaa siten lisätä hänen henkilökohtaista näkemystään terveyspalveluiden tarpeesta. (Carr-Hill ym. 1996, Koskelan 2008, 28 mukaan.) Hyvin tärkeänä terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavana tekijänä pidetään yksilön omaa näkemystä omasta terveydentilastaan. Tätä kutsutaan subjektiiviseksi tarpeeksi (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004; Koskela 2008, 28).

### 3.2 Health Belief-Malli

Health Belief – malli antaa selityksen terveyspalveluiden käyttöön, potilaan sairastuessa. Tämä auttaa meitä ymmärtämään psykososiaalisia tekijöitä terveyspalveluiden käytössä. Tekijät, joita alapuolella esitellään, ovat potilaslähtöisiä ja selittävät terveyspalveluiden käyttöä. (Becker ja Maiman 1975, Koskelan 2008, 28 mukaan.)

1. Potilaan itsensä kokema henkilökohtainen terveydentila sekä potilaan oma näkemys alttiudelle sairastaa tai sairastua

Terveyspalveluiden suurkanikäyttäjät tuntevat olevansa alttiimpia sairastumiselle, sekä kokevat olevansa sairaampia kuin muut terveyspalveluita käyttävät potilaat. Käyttöönsä lisäävät myös potilaat, jotka eivät tiedä, mikä heidän sairautensa tai ongelmansa ovat aiheuttaneet. (Koskela 2008, 29.)

2. Oireiden vakavuuden kokemus

Potilas kokee olevansa vakavasti sairas, tai pelkää vakavaa sairautta. Suurkanikäyttäjät saattavat kokea huonoina terveydessään poikkeavia tuntemuksia, joita toiset pitävät täysin normaaleina ja hyvinkin merkityksettöminä. (Koskela 2008, 30.)

3. Terveyspalveluiden hyödyt sekä haittamerkitykset

Millaisia hyötyjä ja haittoja terveyspalveluista saadaan, vaikuttaa palveluiden kysyntään. Potilas saattaa kokea, että hän saa palvelusta konkreettista apua, verrattaessa kotona tapahtuvaan itsehoitoon. Näistä syistä potilas hakeutuu herkemmin lääkärin vastaanotolle, koska kokee, että lääkärin antama hoito auttaa flunssaan paremmin, kuin itsehoito. Potilaat, jotka lääkitsevät itse itseään, hakeutuvat lääkärin vastaanotolle harvemmin. Merkittävä vaikutus terveyspalvelujen käytön selittäjänä on myös potilaan elämäntilanteella. Hyvin stressaavat sairastumiseen liittyvät

vaiheet elämässä, lisäävät automaattisesti terveysterveysten käyttöä. (Campbell ja Roland 1996, Koskelan 2008, 30 mukaan.)

### 3.3 Kiintymyssuhdeteoria

Millaisia kokemuksia ihmisellä on ollut varhaisissa vuorovaikutussuhteissa, vaikuttaa siihen kuinka hän toimii myöhemmin elämässään vuorovaikutussuhteissaan (Ciechanowski ym. 2002, Markova IT, Koskelan 2008, 31 mukaan). Ciechanowski ym. (2002) toteavat, että henkilön aiemmin opitulla kiintymystyyliä on vaikutuksia siihen, kuinka hän suhtautuu terveydenhuollon ammattilaisiin. Tämä on yhteydessä yksilön terveysterveysten käyttötottumuksiin. (Koskela 2008, 30.)

#### 1. Turvallinen kiintymystyyli

Henkilö, jolla on turvallinen kiintymystyyli, luottaa toisiin ihmisiin myöhemmissä vuorovaikutussuhteissaan ja arvostaa muiden antamaa tukea sekä apua sitä tarvitessaan. Turvallisen kiintymystyylin omaavalla henkilöllä on hyvä itsetunto, keskimääräistä suurempi stressinsietokyky sekä psyykinen hyvinvointisuus. Huolimatta luottamuksellisesta suhtautumisestaan terveydenhuoltoon kohtaan, hän käyttänee terveysterveysten muita enemmän, hänen oireilunsa ei tosin ole keskimääräistä suurempaa. Silvénin (2000) mukaan turvallisen kiintymystyylin omaa naisista yli puolet ja miehistä alle puolet. (Koskela 2008, 30-31.)

#### 2. Välttelevä kiintymystyyli

Välttelevän kiintymystyylin omaavalla henkilöllä on hyvin myönteinen käsitys itsestään, mutta vastaavasti kielteinen käsitys muista. Hän ei luota muihin ihmisiin myöhemmissä vuorovaikutussuhteissaan, eikä myöskään arvosta muiden antamaa apua, silloinkaan kun itse on avun tarpeessa. Hänellä on hyvä itsetunto ja muita parempi stressinsietokyky eikä hänen oireilunsa ole suurta. Koska hän suhtautuu varautuneesti myös terveydenhuollon henkilökuntaan, käyttää hän terveysterveysten muita vähemmän. (Koskela 2008, 32.) Silvénin (2000) aineistossa kerrotaan

välttelevää kiintymystyyliä miehistä olevan noin puolella ja naisista neljäsosalla (Koskela 2008, 32).

### 3. Tarkertuva kiintymystyyli

Henkilöllä, joka omaa takertuvan kiintymystyylin on kielteinen käsitys itsestään, mutta myönteinen käsitys toisista. Hän on hyvin riippuvainen muista ihmisistä. Hänellä on huono itsetunto ja hän kokee stressinsietokykynsä heikoksi. Hänellä on negatiivinen kuva omasta itsestään ja hän kokee paljon negatiivisia tunne-elämyksiä, mikä tekee hänen oireilustaan keskimääräistä suurempaa. Koska hän on riippuvainen toisista ihmisistä, käyttää hän myös terveystalvaeluita esiteltyistä neljästä kiintymystyylistä eniten. Silvénin (2000) tilastoissa takertuvaa kiintymystyyliä todetaan olevan naisilla alle viidenneksellä ja miehillä vain muutamilla henkilöillä. (Koskela 2008, 32.)

### 4. Pelokas kiintymystyyli

Pelokkaan kiintymystyylin omaava henkilö on kokenut tulleen jossain elämänsä vaiheessa hylätyksi. Hänen vanhemmillaan on saattanut olla alkoholiriippuvuutta tai hän on saattanut joutua väkivallan tai seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Hänellä on hyvin kielteinen käsitys sekä itsestään että muista ja hänellä on myös taipumusta mielenterveysongelmiin. Pelokkaan kiintymystyylin omaava henkilö ei luota itseensä eikä omiin toimiinsa ja hänellä on heikko stressinsietokyky. Koska hän ei luota muiden apuun tai kykyyn auttaa häntä, käyttää hän terveystalvaeluita muita vähemmän. (Koskela 2008, 32.)

### 3.4 Muita vaikuttavia tekijöitä

Potilaan lähipiirin esimerkillä on huomattu olevan vaikutusta terveystalveluiden käytön määrään. Potilaat, joilla on tiivis sosiaalinen verkosto, käyttävät terveystalveluja vähemmän. Eritoten paljon terveystalveluita käyttävät potilaat periyttävät tapansa sukupolvelta toiselle. (Schor 1987, Koskela 2008, 33 mukaan.) Tutkimuksessaan Balint

(2000) esimerkiksi toteaa, että pienen lapsen runsaan sairastelun taustalla on useassa tapauksessa sairas äiti. (Koskela 2008, 33.)

Lääkäri voi tahtomattaan lisätä omien potilaidensa terveystalveluiden käyttöä. Omalla toiminnallaan hän herättää potilaassa luottamusta pyytämällä potilaitaan yhä useammin uudestaan, kontrollikäynnille. Lääkäri voi pyytää potilaita ottamaan herkästi yhteyttä, mikäli oireet lisääntyvät tai uusia terveystalvelongelmia esiintyy. Hän myös saattaa kohdentaa tarjolla olevat ajat pienelle ryhmälle potilaitaan. Kolmasosa potilaskäynneistä on lääkärin omasta aloitteesta muodostuneita. (Martin ym.1991, Koskelan 2008, 33 mukaan.)

#### 4 TERVEYSPALVELUIDEN SUURKÄYTTÄJÄN TUNNISTAMINEN JA TUNNISTAMISEEN SOVELTUVAT MITTARIT

Terveyspalveluiden suurkäyttäjiä on mahdollista tunnistaa seulomalla heidät asiakastietojärjestelmistä. Potilaita voi ohjautua terveyspalveluiden vastaanotoille päivystyksestä, lääkärien vastaanotoilta, suun terveydenhuollosta, sekä muiden ammattiryhmien lähettäminä kuten esim. apteekin työntekijöiltä, poliisilta ja sosiaalityöntekijöiltä. (Muurinen & Mäntyranta, 13.) Suurkäyttäjiä voidaan tunnistaa myös aiempien käyntien ja sairaskertomusten perusteella, mahdollisten tutkimuskierteiden sekä moninaisten erikoisten oireiden perusteella, jotka eivät sovi potilaan anatomiaan eivätkä fysiologiaan. Myös potilaan jatkuva huolestuneisuus omasta terveydellisestä tilastaan voi synnyttää tarpeen terveyspalvelujen suurkäyttöön tai ennakoida sitä. (Koskelan 2014 luento.)

Terveyspalveluiden suurkäyttäjällä on hyvin usein paljon sairauksia, heikko sosiaalinen asema ja korkea ikä. Pitkäaikaissairaudet tunnistetaan riskitekijöiksi, jotka kasvattavat terveyspalveluiden käyttöä. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo- Katajisto 2013, 3163.)

Terveyspalvelujen suurkäyttäjällä voi olla:

- a) Huonossa hoitotasapainossa oleva pitkäaikaissairaus tai sairauksia. Hän on saanut neuvontaa, lääkitystä ja mahdollista ohjausta hoitamattomaan verenpaineeseen, diabetekseen, masennukseen, astmaan ja sydän-ja verisuonisairauksiin, pitkittyneisiin kiputiloihin tai alkoholinkäyttöön. Tilanne ei ole hoidosta huolimatta kuitenkaan parantunut.
- b) Hän varaa jatkuvasti vastaanottoaikoja lääkärille tai hoitajalle ja tulee vastaanotolle kertoakseen yhä uudestaan samat ongelmat, jotka on aikaisemmin jo useaan kertaan terveydenhuollossa hoidettu.

- c) Asiakas on hoidossa eri paikoissa. Pitkäaikaissairautensa takia hänellä on runsaasti käyntejä akuuttivastaanotoilla ja päivystyspoliklinikoilla.
- d) Muut ongelmat sairauden ympärillä. Asiakkaalla on pitkäaikaissairauden lisäksi esim. tuki- ja liikuntaelinongelmia, alkoholiriippuvuutta, toimeentuloon sekä sosiaalipuoleen liittyviä ongelmia. Asiakkaan hoitamaton terveydentila voi johtua myös mm. rahan puutteesta, jolloin hänellä ei ole varaa ostaa hänelle määrättyjä lääkkeitä.
- e) Huonokuntoinen suu, joka heijastuu koko hyvinvointiin.
- f) Asiakas on kyvytön hakemaan apua. Hän ei ole välttämättä huono-osainen, mutta hän ei kykene oman elämänsä hallintaan tai hänellä ei ole voimavaroja pitää kokonaisuutta hallinnassaan. (Pernaa & Sopanen 2014.)

Se kuinka nykyinen terveydenhuollon järjestelmä pystyy vastaamaan paljon palveluita käyttävän väestöryhmän tarpeisiin, on huonoa. Heille määritellyn palvelukokonaisuuden tulee olla hyvin koordinoitua ja suunniteltua. Tulee määritellä vastuutaho, jossa tiedon tulee kulkea vastuutahon ja palveluntuottajien välillä. Sosiaali- ja terveyshuollossa keskittyminen tulee olla kohdistettu tähän kalleimpaan asiakasryhmän hallintaan ja ehkäistä se, että siihen ei jouduta. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo- Katajisto 2013, 3163.)

Terveyspalvelujen suurkäyttäjän tunnistamisessa voidaanakin hyödyntää erilaisia mittareita, joista seuraavassa tarkemmin:

#### 4.1 Finriskilaskuri

Paljon terveyspalveluja käyttävien asiakkaiden seulonnassa voidaan hyödyntää Finriskilaskuria (Muurinen, Mäntyranta 2008, 13).

Suomen kansallista FINRISKI-tutkimusta suunnitellaan sekä toteutetaan terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella. Siellä myös koordinoidaan aineiston

analysointia ja raportointia. FINRISKI on hyvin laaja väestöntutkimus, joka on osoitettu kroonisten ja ei-tarttuvien tautien riskitekijöistä. Tutkimus on tehty joka viides vuosi vuodesta 1972 alkaen. Tutkimuksessa on käytetty riippumattomia satunnaisotoksia ennalta valittujen tutkimusalueiden väestöistä. Viimeisin tutkimus on tehty 2012. FINRISKIstä koottua aineistoa käytetään paljon erilaisiin tutkimusprojekteihin sekä kansallisiin seurantatarkoituksiin. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

FINRISKI-laskuria pystyy käyttämään terveydenhuollon ammattilaiset sekä kaikki, jotka ovat kiinnostuneita omasta terveydentilastaan.

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos voivat käyttää laskuria tukena arvioidessaan potilaiden sydän ja verisuonitautien kokonaisriskiä.

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos voivat hyödyntää laskuria motivoimalla potilaita elintapamuutoksiin sekä elintapaneuvontaan. Laskurin avulla havainnollistetaan erilaisia muuttujia henkilön vaikutuksiin sairastua. Laskuria ei kuitenkaan tule käyttää sairauksien ehkäisyssä tai hoidon välineenä. (THL 2015.)

## 4.2 Omahoitolomake

Potilaan omahoitolomake on kaavake, jonka potilas täyttää ennen vuosittaista hoitokäyntiään saapuessaan sairaanhoitajan vastaanotolle. Lomakkeen voi myös täyttää yhdessä sairaanhoitajan kanssa, jolloin lomakkeen ympärille voi luoda keskustelun. Näin toimien lomakkeen täyttäminen ja sen mukanaan tuoma hyöty sekä potilaalle että terveydenhuollon henkilökunnalle on merkittävämpi.

Omahoitolomakkeessa kysytään yksilöllisistä omahoidon toteuttamiseen liittyvistä asioista kuten: ravinnon laadusta, liikunnasta, painonhallinnasta, tupakasta ja alkoholista sekä mielenhyvinvoinnista. Myös omahoidon arviointi ja tavoitteet ovat tärkeä osa itsehoitolomaketta. Lomake jää potilaalle itselleen vastaanoton jälkeen. (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus 2013.)

Potilaan omahoidolla tarkoitetaan potilaan omaa hoitoa, jossa hän itse huolehtii terveydentilastaan ja sairauksien hoidosta terveydenhuollon



ammattilaisten tuen avulla. Omahoitoa on päivittäisten asioiden kuten, ravinnon, liikunnan, tupakoinnin ja muiden elämäntapoihin liittyvät päätökset ja niihin liittyvät teot. Omahoitoon sisältyy myös sairauksien hoito, kuten lääkehoito ja oman terveydentilan seuraaminen. Jatkuva panostaminen omahoitoon on hyvin kannattavaa, sillä hyvällä omahoidolla voidaan ennaltaehkäistä pitkäaikaissairauksia ja ylläpitää sairauden hyvää hoitotasapainoa. (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus 2013.)

#### 4.3 WHOQOL-BRIEF elämänlaatumittari

WHOQOL-BRIEF- elämänlaatumittari on alun perin kehitelty WHOQOL-100-mittarista. Tämä on soveliaampi lyhempänä versiona tutkimukseen ja kliiniseen käyttöön terveydenhuollon ammattilaisille. Sillä voidaan hyvinkin nopeasti kartoittaa elämänlaatua. WHOQOL-BRIEF- elämänlaatumittarin avulla voidaan myös tutkia suurten väestömäärien epidemiologista elämänlaatua.(THL 2015.)

WHOQOL-mittarin avulla voidaan arvioida yksilön käsityksiä elämänlaadusta, henkilökohtaisista tavoitteistaan, arvoistaan ja huolistaan. Mittaria pystytään hyödyntämään arvioidessa ihmisen tyytyväisyyttä sosiaalisiin suhteisiinsa, fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiinsa sekä omaan elinympäristöönsä.(THL 2015.)

WHOQOL-BRIEF-mittari koostuu 26 kysymyksestä. Kysymykset liittyvät terveydentilaan, elämänlaatuun, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen ja elinympäristöön. Vastaaja arvioi elämäntilannettaan kahden edellisen viikon ajalta.(THL 2015.)

#### 4.4 SOFAS- Toimintakyvyn arviointi

SOFAS-mittaria voidaan käyttää arvioidessa sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä, jossa kokonaisarvio ilmoitetaan numeroin asteikolla 0-100. Toimintakykyä arvioidessa huomiota ei kiinnitetä oireisiin vaan asiakkaan kykyyn toimia elinympäristössään. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

SOFAS-asteikko toimii hyvin toistuvissa arvioinneissa. Tärkeää siinä on selvittää millaista ajanjaksoa käsitellään. Toimintakyvyn mittarissa on neljä keskeistä toimintakyvyn kannalta tärkeää elämänaluetta: vapaa-aika, työ/opiskelu, ihmissuhteet, perhe-elämä ja omasta itsestään huolehtiminen. Arvioidessa kiinnitetään huomiota potilaan toimintakykyyn, tässä painotetaan potilaan elämäntilanteen kannalta keskeisiä osa-alueita. Myös se kuinka potilas huolehtii omasta hyvinvoinnistaan ja itsenäisestä elämästään tulee aina arvioida. (THL 2011.)

#### 4.5 Päihdemittarit ja psyykkisen tilan seurantamittarit

Maailman terveysjärjestö on kehittänyt AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) alkoholin suurkulutuksen tunnistamistestin. Testi sisältää kymmenen kysymystä. Testi sisältää monipuolisen kuvan juomiseen liittyvistä riskeistä ja haitoista. (A-klinikkasäätiö 2015.)

Alkoholiriippuvuutta voidaan testata käyttämällä myös SADD (Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire) asteikkoa. Tässä testissä painotetaan sekä alkoholiriippuvuuden käyttäytymiseen sisältyviä piirteitä että subjektiivisia piirteitä. (A-klinikkasäätiö 2015.)

Yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön itsearviointi mittari, kertoo asiakkaalle oman alkoholikäytön määrästä, antaa siihen ohjausta ja keinoja, kuinka alkoholin käyttöä tulisi vähentää. Mittaria voidaan hyödyntää terveysasemilla, itsehoitopisteissä ja tapahtumissa. Mittarissa selvitetään alkoholin käytön tiheyttä ja määrää sekä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista johtuvia haittatekijöitä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

Huumeiden-ja lääkkeiden ongelmakäyttöä voidaan tunnistaa huumeidenkäytön riskit-testillä (Dudit), sillä voidaan myös arvioida ongelman vaikeusastetta. Testissä kysymykset eivät ole alkoholipohjaisia ja ne eivät liity alkoholin käyttöön. Puhuttaessa huumaavien aineiden väärinkäytöstä, tarkoitetaan sillä käsikauppalääkkeiden tai reseptilääkkeiden liikkakäyttöä. (A-klinikkasäätiö 2015.)

Psyykkistä tilaa voidaan mitata esim. Beckin depressiokyselyn (BDI) avulla. Depressiokyselyn käyttötarkoitus on masennusoireiden mittaaminen ja määrittäminen. Kyselymittarin osiot sisältävät kysymyksiä tunne- tai asenne kategorialle kuvaavista väittämistä. Ne ovat järjestetty sen mukaisesti kuinka syvää masennukseen liittyvää oiretta tai asennetta ne kuvaavat. Osioissa on useampi vaihtoehto. Mittaria voidaan käyttää hyvinkin laajasti erilaisiin tarkoituksiin. Mittari on terveydenhuolto henkilöstön vapaassa käytössä, eikä se velvoita erillistä koulutusta. (THL 2012.)

GDS-15, Myöhäisiän depressioseula on tarkoitettu ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen. Mittari sisältää 15 kysymystä, joihin potilas vastaa kyllä tai ei. Kysymyksiin vastattaessa potilas arvioi tunteitaan viimeisen kahden viikon ajalta. (THL 2013.)

## 5 TERVEYSHYÖTYMALLI VIITEKEHYKSENÄ TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMISESSÄ

Terveyshyötymalli perustuu Chronic Care Modeliin (CCM) ja sen on kehittänyt amerikkalainen Edward H. Wagner (1998) kumppaneineen. Mallin kehittämisen taustana oli havainto siitä, että perusterveydenhuollon kyky vastata kroonisten sairauksien lisääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin, oli rajallinen. Hoitotyössä havaittuja puutteita olivat mm. ammattilaisten kiireen seurauksena aiheutunut kyvyttömyys hyödyntää hoitosuosituksia, hoidon koordinoimien ongelmia, sekä hoidon seurannan puutteellisuus joka johtaa omahoidon riittämättömään ohjaukseen. Mallin kehittäjät havaitsivat, että ammattilaiset sekä hoitojärjestelmä ovat liiaksi keskittyneet toimimaan akuutin hoitomallin (=sairaus- ja lääkärikeskeistä) mukaisesti myös pitkäaikaissairaiden hoitotyössä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.) Terveyshyötymallista saatut käytännön kokemukset osoittavat, että mallin myötä potilaat ovat saaneet parempaa ja tarkennetumpaa hoitoa ja myös heidän terveytensä on kohentunut (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009).

Terveyshyötymalli on terveystieteiden kehittämisen ajattelumalli sekä viitekehys. Se tarjoaa puitteet hallitulle hoidon järjestämiselle sekä vaikuttavuuden parantamiselle. Terveyshyötymalli tuo laajan näyttöön perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon kehittämiseksi. Mallissa on kuusi elementtiä, joita ovat: yhteisö, johto- ja palvelutuottaja, omahoito, palveluvalikoima, päätöksentekijä ja kliiniset tietojärjestelmät-tiedon tehokäyttö. (THL 2015.) Seurantatutkimuksen mukaan muutokset neljässä viimeksi mainitussa elementissä vaikuttavat jo parantavasti palvelun laatuun ja potilaan kokemukseen terveydenhuollosta (Coleman ym. 2009).

Terveyshyötymallissa toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä, potilasta vastuullistavaa sekä vuorovaikutuksellisesti voimaannuttavaa. Palveluvalikko tarjoaa potilaalle monimuotoisia omahoidon tukkeita, tukea päätöksenteolle sekä voimavaroja korkealaatuisen hoidon tueksi. Hoitotiimillä on käytössä ajantasaiset tiedot potilaasta. Potilaan ja hoitotiimin välinen yhteistyö on potilaalle terveyshyödyllinen. Jotta tämä

mahdollistuisi, tarvitaan muutoksia kaikissa terveyshyötymallin kuudessa alueessa. (THL 2015.)

Terveyshyötymallin kuusi aluetta



Kuva 1. (THL 2015.)

Yhteistyötä tehdään terveydenhuollon ja useiden eri toimijoiden välillä jotka edustavat kuntia (esim. sosiaalityö) ja kolmatta sektoria (esim. seurakunta). Erilaisilla potilasjärjestöillä on asiakkaan tukemisessa tärkeä rooli. Terveyshyötymallin mukaan tämä alue on yhteisö. (THL 2015.)

Toiminnan kehittämiseen sitoutunut organisaation johto ohjaa suuntaamaan toimintaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoon. Kehitettäessä uudenlaista toimintaa, vaaditaan johdolta kaikki toiminnan tasot kattavaa näkyvää tukea. Tässä keskeisessä roolissa ovat yhteisten visioiden, arvojen, strategioiden ja tavoitteiden määrittäminen. (THL 2015.)

Omahoidossa oleellista on potilaslähtöisyys. Siinä ammattihenkilö neuvottelemalla, kyselemällä ja kuuntelemalla selvittää yhdessä potilaan kanssa tämän toiveita ja arkielämän haasteita. Ammattihenkilöllä on

valmentajan rooli, jossa hän tukee potilaan hoitopäätöstä huomioiden myös vastuunsa näyttöön perustuvasta hoidosta. Potilas määrittelee itse omat tavoitteensa hoidolleen ja ottaa vastuuta hoidon toteutuksesta ammattilaisen avustuksella. (THL 2015.) Omahoidon toteutumisessa tärkeässä roolissa on potilaan oma motivaatio sekä voimaannuttava tieto siitä, että hänen autonomiaansa kunnioitetaan. Olennainen työväline tuettaessa omahoitoa on potilaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Seurantatutkimuksen perusteella, aktiivinen omahoitoon osallistuminen lisää potilaan hyvinvointia ja mahdollisesti vähentää terveyspalvelujen tuen tarvetta myöhemmässä vaiheessa. (Coleman ym. 2009.)

Nykyistä laajempi palveluvalikoima on tarpeen ehkäistäessä ja hoitaessa pitkäaikaissairauksia, missä tarvitaan myös kaikkien ammattiryhmien osaamista. On tärkeää tunnistaa hoidon tavoite, tarve ja keinot sekä määritellä hoitoon osallistuvien vastuut. Tarpeen on myös varmistaa, että hoitoon osallistuvilla on kaikki tarpeellinen informaation sekä turvattu hoidon seuranta. Tavallisten vastaanottokäyntien ohella voidaan toteuttaa puhelinkontakteja, internetkontakteja ja ryhmävastaanottoja. Tässä tärkeä sovellettu hoitotyön palvelumalli on asiakasvastaava, joka vastaa hoidon toteutuksesta eniten hoitoa tarvitsevien asiakkaiden osalta ja koordinoi sitä muita asiantuntijoita konsultoiden. (THL 2015.)

Paras saatavilla oleva tieteellinen näyttö toimii hoitopäätösten perustana. Näitä ovat mm. näyttöön perustuvat hoitosuositukset (mm. Käypä hoito) ja niiden saatavuus. (THL 2015.)

Tiedon tehokäyttö mahdollistaa yksittäisten potilaiden tai potilasjoukkojen tunnistamisen ja hoitoon poiminnan. Yksittäisten potilaiden ja potilasjoukkojen sairaustiedot järjestyvät tietojärjestelmissä tavalla, joka mahdollistaa hoidon tulosten, tavoitteiden sekä terveysriskien luotettavan raportoinnin ja mittaamisen. (THL 2015.) Järjestelmien tulee olla tukena terveysriskien ja –haittojen kasaantumisen tunnistamisessa sekä toimia tukena avainasiakkaiden sekä erityistä huomiota vaativien asiakkaiden tunnistamisessa. Tämän osa-alueen hyödyntäminen on nähty tutkimuksen

perusteella helpoiten hallittavaksi osa-alueeksi terveyshyötymallin kuudesta alueesta. (Coleman ym. 2009.)

## 6 TERVEYSPALVELUJEN SUURKÄYTTÄJÄN PALVELUMALLIT

Oulussa tehdyssä tutkimuksessa tuli esille, että runsaasti terveyspalveluja käyttäville asiakkaille ovat tärkeitä sekä pysyvä hoitosuhde että hoitohenkilökunnan toteuttama hyvä yhteistyö yli organisaatiorajojen.

Terveyspalvelujen suurkäyttäjää ei palvele malli, jossa hoitotiedot potilaasta ajautuvat laajalle, eikä kenelläkään ole tietoa potilaan kokonaiskuvasta. Myös vastuu potilaasta hajaantuu ja ennaltaehkäisevien palveluiden oikea-aikainen kohdentaminen vaikeutuu, tähän on johtanut asiakkuusnäkökulman sirpaloituminen. Terveystenhuollon siilomainen rakenteisuus on seurausta tuotantolähtöisistä prosesseista. Tämän muotoisessa rakenteessa tietoa katoaa ja ammattilaisten taitojen hyödyntäminen on puutteellista. (Suomen lääkirlehti 2013, 3167.)

Ratkaisuna tähän voidaan nähdä asiakaslähtöisen toimintatavan omaksuminen sekä asiakkuuksien johtaminen, jotka lähtevät terveyden edistämisestä ja arjessa pärjäämisestä (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 7).

### 6.1 Avoimen dialogin hoitomalli

Avoimessa dialogissa henkilökunnan hoidonsuunnittelukokoukset muuntautuvat kaikkien asianomaisten kesken käytäviksi avoimiksi keskusteluiksi, mikä lisää potilaan ja tämän omaisten kriisistä selviytymisen psyykkisiä voimavaroja (Seikkula & Alakare 2004).

Avoimen dialogin hoitomallia on sovellettu vaikeisiin psyykkisiin kriiseihin, mutta se toimii hoitoajatuksena myös muissa julkisen terveydenhuollon vastaamissa kriisitilanteissa. Avoimen dialogin periaatteet ovat: välitön apu kriisitilanteissa, sosiaalisen verkoston näkökulma hoidossa, liikkuvuus ja joustavuus, työntekijöiden vastuu, psykologisen jatkuvuuden turvaaminen työssä, epävarmuus ja sen sietäminen, dialogisuus keskustelussa. (Seikkula & Alakare 2004.)

Välittömässä avussa potilas saa tukea työntekijältä vuorokauden ympäri. Vuorokauden ympäri toimivassa kriisipalvelussa, joku työntekijä on aina asiakkaan sekä päivystävien tai kriisityöntekijöiden tavoitettavissa.



Asiakkaan välittömässä kohtaamisessa hoitokokous järjestetään niin, että kaikki siihen osallistuvat keskustelevat heti alusta lähtien.(Seikkula & Alakare 2004.)

Sosiaalisen verkoston huomioinnissa, huomio kiinnitetään potilaan tärkeisiin ihmissuhteisiin, kuten suhteisiin sukuun, työtovereihin tai naapureihin. Potilaan ihmissuhteet ovat hoidon voimavara. Ihmissuhteista ei etsitä syitä potilaan sairauteen(Seikkula & Alakare 2004.) Mikäli potilaalla ei ole sosiaalisia yhteyksiä tai muita merkittäviä ihmissuhteita, on hänellä vaara joutua sairaalahoitoon (Becker 1997, Seikkula & Alakare 2004 mukaan).

Joustavuudessa ja liikkuvuudessa otetaan huomioon potilaan hänelle parhaiten soveltuva lähestymistapa, keskustelutapa, erilaiset soveltuvat terapeuttiset menetelmät sekä hoito, joka on potilaalle sopivan pituinen (Seikkula & Alakare 2004).

Vastuullisuudessa painotetaan omatyöntekijää, johon tarpeen mukaan otetaan yhteyttä. Omatyöntekijä järjestää ensimmäisen tapaamisen ja organisoii työryhmän siihen mukaan. Työryhmän jäsenet ovat vastuullisia potilaan hoitoprosessista tämän jälkeen. Potilaan kanssa keskusteltaessa keskustelu tapahtuu dialogisesti. Kenenkään ammattitaitoa työryhmässä ei saa missään vaiheessa kyseenalaistaa. Keskustelua tulee käydä kaikkien työryhmän jäsenten mielipiteitä kunnioittavasti, vaikka erilaisia näkemyksiä tulisi esille.(Seikkula & Alakare 2004.)

Psykologinen jatkuvuus takaa potilaan hoidon tapahtuipa se potilaan kotona tai sairaalassa. Työskentelyssä korostetaan työntekijöiden vahvaa ammattitaitoa ja vastuunkantamista. (Seikkula & Alakare 2004.)

Epävarmuuden sietäminen perustuu hoidon tarkoitukseen, jossa periaatteena on tarjota turvallinen ja miellyttävä ympäristö potilaalle ja hänen perheelleen. Tämä luodaan tiheissä, usein toistuvissa tapaamisissa. (Seikkula & Alakare 2004.)

Dialoginen keskustelu edellyttää ammatti-ihmisiltä taitoa keskustelun synnyttämiseen. Työskentelyssä ei tulkita potilaan ja perheen käyttäytymistä, vaan seurataan ja kuunnellaan perheen keskinäistä vuorovaikutusta. Dialogisen keskustelun ajatuksena on erilaisuus eri näkökulmista katsottuna. Tämä rikastuttaa potilaan hoitoa löydettyä erilaisia näkökulmia ongelmaan. Dialogisessa keskustelussa jokaisen osallistujan mielipide on yhtä arvokas ja jokaisella osallistujalla on oma asiantuntijuutensa. (Seikkula & Alakare 2004.)

#### Kokemuksia avoimen dialogin hoitomallista

Torniossa Keroputaan sairaalassa on ollut käytössä avoimen dialogin hoitomalli jo 1990-luvulta saakka. Sairaalan mukaan nimetty psykiatrinen hoitomalli on maailmankuulu ja käyttökokemukset siitä ovat pääosin positiiviset ja tutkimusten mukaan potilaiden hoidontarpeen uusiutuminen on vähentynyt. Keroputaan psykiatrisen sairaalan maine juontaa juurensa 1990-luvulla suoritettuihin psykoositutkimuksiin: Seurattaessa kahden vuoden ajan Tornion alueen potilaita, 82%:lla ei ollut psyykkisiä oireita tai ne olivat lieviä, kun puolestaan muualla Suomessa vertailuluku oli 50%. Sairaseläkkeellä oli Keroputaalla hoidetuista 23%, muualla Suomessa 57%. Uudelleen kahden vuoden aikana oli Torniossa psykoosiin sairastunut 24% ja muualla 71%. Neuroleptilääkitystä Keroputaan psykoosipotilaista sai 35%, vertailuluvun ollessa muualla Suomessa 100%. (Berner 2012.)

#### 6.2 Perustason moniammatillinen tiimimalli

Perustason moniammatillinen tiimimalli perustuu asiakkaiden palvelutarpeisiin. Palvelumallissa tavoitteena on lisätä ammattiryhmien ja organisaatioiden keskinäistä yhteistyötä perustason palveluissa. Tavoitteena on myös siirtää erityistason palveluita perustason palveluihin. Tiimimalli on rakennettu erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaille, mutta se on sovellettavissa myös muihin perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Perustana mallille on sosiaali- ja terveyshuollon tiivis yhteistyö sekä verkostoituminen. Periaatteena on

yhtenä kokonaisuutena hallittava moniammatillinen tiimityö, jossa palvelut eivät jakaudu erilleen. Perustason moniammatillinen tiimimalli sisältää moniammatillisen tilannearvion ja verkostotyön, yksilökohtaisen palveluohjauksen, suunnitelmallisuuden, jatkotuen ja neuvonnan sekä ryhmätoiminnan että kokemusasiantuntijan tuen. Tiimimallissa asiakas itse tunnistaa ja määrittelee hoitonsa tarpeen ja tavoitteen, ammattilaisten avulla. Työskentelyssä korostuu asiakkaan oma motivaatio yhdistettynä yksilöllisiin voimavaroihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 13.)

Asiakaslähtöisyys toimii moniammatillisen tiimimallin lähtökohtana ja palvelut sovitetaan yhteen asiakkaalle sopiviksi yhden asiakkuuden-periaatteella. Asiakkaan tarve määrittelee sen miten lääkäri on mukana työskentelyssä. Kokeilun tuloksena on havaittu mallissa kolme keskeistä linjaa:

- 1) Moniammatillinen tiimi- prosessi, mukana tk-lääkäri
- 2) Moniammatillinen palveluohjaus- ja tukityö, jossa tk-lääkäriä konsultoidaan
- 3) Ohjaus ja neuvonta

Moniammatillisen tiimimallin pääkohdat

Tiimimallin kohderyhmänä voi olla asiakkaat joilla on liiallista päihteidenkäyttöä, mielenterveysongelmia tai vaikeuksia elämänhallinnan kanssa ja asiakkaiden uskotaan hyötyvän sosiaalityöntekijän ja terveydenhuollon ammattilaisen kiinteästä yhteistyöstä (mm. palvelutarpeen kartoituksesta ja neuvonnasta). (STM 2015, 14.)

Tavoitteena työskentelylle on kartoittaa asiakkaan tilanne, palvelun ja hoidon tarve sekä mahdollinen tuki. Tämä toteutetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Luonteeltaan työ on ratkaisukeskeistä, tavoitteellista, kuntouttavaa ja hoidollista, asiakkaan omista tarpeista lähtevää. Asiakastyö toteutetaan terveyden- tai sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän työparityönä. Tarvittaessa työskentelyyn osallistuu lääkäri ja mahdollisesti muita

erityistason työntekijöitä, omaisten sekä kokemusasiantuntijoiden osallisuutta unohtamatta.(STM 2015, 14.)

Prosessi aloitetaan tilannekartoituksella, jossa asiakas ohjataan omatiimin jatkosuunnitelman laatimiseksi. Omatiimissä valitaan vastuutyöntekijä ja yksilökohtainen palveluohjaus jatkuu. Asiakkaan tilannetta seurataan ja tarpeen mukaan prosessi joko päätetään tai asiakas ohjataan muun palvelun piiriin. (STM 2015, 14.)

Kokemuksia perustason moniammatillisesta tiimi- palvelumallista

Perustason moniammatillisesta tiimi- palvelumallista Turussa toteutetun arvioinnin mukaan kokemukset ovat olleet positiivisia sekä asiakkaiden että yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Asiakkaat kokevat elämänlaatussa ja sekä toimintakykynsä subjektiivisesti kohentuneeksi. Myös päihteettömänä pysyminen, osallistuminen ryhmätoimintaan sekä muuhun sosiaaliseen toimintaan ja sosiaalinen toimintakyky on parantunut palvelumallin myötä. Asiakkaat ovat saaneet ohjausta omahoidossaan sekä heidät on ohjattu oikeiden palveluiden, tukitoimien ja sosiaalisten etuuksien pariin. Asiakkaat ovat myös kokeneet psyykkisen hyvinvointinsa ja mielialansa kohentuneeksi, kun asiakkaan kokonaistilanne on ollut paremmin hallinnassa.(STM 2015, 27.)

### 6.3 Terveyskioski/hyvinvointikioski palvelumalli

Terveyskioskit voivat olla erilaisia palvelupisteitä, joiden olisi hyvä sijaita sellaisissa paikoissa, jotka ovat hyvin saavutettavissa esim. kirjastot, palvelukeskukset, monitoimitalot. Terveyskioskeissa tarjotaan erilaisia palveluita lyhytaikaisiin, arkipäiväisiin ongelmiin. Aukioloajan olisi hyvä olla laaja ja palvelu tulisi olla tarjolla myös viikonloppuisin. Yhdysvalloissa käytetään terveyskioskien tapaista mallia paljon. (Lillrank & Venesmaa 2010, Salonen 2014, 12 mukaan.)

Terveyskioskien valikoima on aiheellista rajoittaa tavallisiin terveysongelmiin, kuten flunssaan, pienten haavojen ja venähdysten hoitoon sekä rokotusten antamiseen ja ennaltaehkäisevään toimintaan

sekä omahoidon tukeen. Palveluvalikoiman ollessa rajallinen, vastaanottokäynnit odotusaikoiheen eivät voi kestää pitkiä aikoja. Terveyskioski tarjoaa matalan kynnyksen terveystalvelua. (Lillrank & Venesmaa 2010,Salonen 2014, 12 mukaan.)

Terveyskioskien kaltaisen toiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä ja lisätä kuntalaisten hyvinvointia. Lähtökohtana on, että perusturvan muissa toiminnoissa voidaan keskittyä vaativampaan palveluun ja hoitoon, sekä pienentää yksinkertaista hoitoa vaativien potilaiden kokonaismäärää terveyskeskuksissa. Terveyskioskissa tulee olla myös saatavilla usean alan asiantuntijoita mikä mahdollistaa palveluiden saumattoman ohjauksen. (Salonen 2014, 22.)

Tarkoituksena terveyskioskillla on tarjota:

- Terveystieteiden tutkimuskeskus tarjoaa terveydenhuollon hoitajatasoista palvelua ilman ajanvarausta
- Terveystieteiden tutkimuskeskus tarjoaa terveyden edistämiseen, sairauksien hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn liittyvää neuvontaa ja ohjausta
- Eri sosiaali-palveluiden esitteitä yms.materiaalia
- Ikääntyneille henkilöille osoitettua palveluneuvontaa ja ohjausta

Terveyskioski tuo esille uuden asiakaslähtöisen toimintamallin, joka on Suomessa käytössä monella paikkakunnalla. Terveyskioskin ajatus perustuu amerikkalaiseen Retail Clinic-palvelumalliin. (Salonen 2014, 22-23.)

## Kokemuksia terveystieteiden palvelumallista

Ylöjärven terveyskioskista valmistuneen jatkotutkimuksen mukaan myös terveyspalvelujen suuri käyttäjäkunta on löytänyt terveyskioskin.

Terveyskioskissa asioidaan niin toistuvien somaattisten kuin psyykkistenkin ongelmien vuoksi. Terveyskioski nähdäänkin tutkimuksen perusteella suurkäyttäjien kohdalla enemmän hoidollisena kuin terveyttä

edistävänä tahona. Tyypillinen terveyskioskin suurkäyttäjä oli yli 60-vuotias ja asiointikäyntejä kertyi myös mielenterveyden, fysioterapian ja kotihoidon palvelujen piiristä. Suurin osa terveyskioskin suurkäyttäjistä teki palveluun uusintakäyntejä samaan ongelmaan liittyen. Tutkimusten perusteella yhteistyötä terveyskioskin ja muiden terveyspalveluyksiköiden välillä voisi hyödyntää asiakkaiden haltuunotossa esim. eräänlaisten teemapäivien muodossa. Hoidon oikea-aikaisuuden ollessa tärkeää nähdään Terveyskioskin mahdollisuudet hyödyntämiskelpoisina etenkin päihde- ja mielenterveys asiakkaiden tunnistamisessa ja hoidon ohjauksessa. (Kork & Vakkuri 2013,11.)

Terveyskioskin voi myös nimetä kunnan omien toiveiden mukaisesti, kuten esim. Kuopiossa ja Varkaudessa on tehty. Siellä terveyskioskit toimivat nimellä Terve Kuopio Kioski ja Terveys Ankkuri (Varkaus). (Kuopion kaupunki 2015; Varkauden kaupunki 2015.)

#### 6.4 Asiakasvastaava palvelumalli

Asiakasvastaavamalli on palvelu monisairaille, runsaasti palveluja tarvitseville asiakkaille. Asiakasvastaavamallissa koulutettu vastuuhenkilö toimii monisairaiden asiakkaiden apuna ja tukena. Hän myös koordinoi kokonaishoitoa.(Pernaa 2014.)

Seija Muurinen on yhdessä STM:n työryhmän kanssa kehittänyt asiakasvastaavamallin, jossa koulutettu hoitotyöntekijä koordinoi monisairaana ja paljon palveluita käyttävän asiakkaan hoidon kokonaisuuden. Aikaisemmin lääkäriellä ollut vastuuta siirtyy mallissa asiakasvastaavalle joka vastaa jatkossa hoidon toteutumisesta lääkärin ja asiakkaan kanssa yhdessä laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Asiakasvastaava työskentelee lääkärin työparina ja konsultoi lääkäriä tarvittaessa. (Muurinen & Mäntyranta 2008,11.)

Vastuu monisairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoitoon ja seurantaan voidaan lääkärin suostumuksella siirtää asiakkaan hoidosta vastaava tiimiin. Vastuu hoidosta voidaan siirtää vähintään

sairaanhoidajan, terveydenhoitajan tai kättilön tutkinnon suorittaneille. Monisairaahan tai paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan vastaanottotoiminnan ajatus on tiimi jossa työskentelee lääkäri ja asiakasvastaava. Tiimissä voi työskennellä myös työpareja ja muita ammattilaisia esim. lähihoitajia, ravitsemusterapeutteja, fysioterapeutteja. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 15.)

Pääperiaatteita asiakasvastaava-toiminnan mallissa ovat hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus sekä asiakas- ja yhteisölähtöisyys. Tarkoituksena on hyvän ja laadukkaan toiminnan tuottaminen sekä tuottaa kustannusvaikuttavia tuloksia. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 11.)

Asiakasvastaavakoulutus on 30 op.laajuinen. Täydennyskoulutus on tarkoitettu sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille. Opiskelijalla tulee olla viiden vuoden monipuolinen työkokemus. Metropolia ammattikorkeakoulussa käynnistettiin ensimmäisenä asiakasvastaavakoulutus. 16 valmistunutta kehittivät koulutuksen aikana asiakasvastaavamallia omissa työorganisaatioissaan eri toimijoiden kanssa yhteistyössä. (Pernaa 2014.)

Vantaalla mallia hyödynnetään vahvasti. Keski-Vantaan terveyspalvelupäällikkö Pertti Sopanen kehottaa muitakin kuntia lähtemään rohkeasti liikkeelle samansuuntaiseen julkisen terveydenhuollon prosessin tehostamistyöhön. Hän uskoo jo ennen seurantatuloksia, että kuntalaisten terveyteen ja sairauksien hoitamiseen voidaan vaikuttaa tehokkaasti uudella verkostotyöllä. (Pernaa 2014.)

Kokemuksia asiakasvastaava- palvelumallista

Oulunkaaren seutukunnassa toteutetun asiakasvastaava palvelumallin alustavat kokemukset ovat olleet pääasiallisesti myönteisiä. Palvelutoiminta on kohdennettu erityisesti terveyspalvelujen suurkäyttäjille, joilla erilaisia vastaanottokäyntejä on vähintään 8 vuodessa. Käyntimääriä asiakasvastaava palvelumallin käyttöönoton jälkeen on saatu vähennettyä 2-3 käynnillä vuotta kohden. Myös käyntien päällekkäisyyttä on saatu vähennettyä ja terveyspalvelujen käytön painopistettä siirtymään

erikoisterveydenhuollosta perusterveydenhuoltoon. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 19.)

## 6.5 Palveluohjaaja palvelumalli

Usein palveluita käyttävät asiakkaat työllistävät terveyspalveluita, aiheuttaen hoitohenkilökunnassa turhautumista. Palveluohjauksella tarkoitetaan asiakaslähtöistä työtapaa. Palveluohjaus on erittäin toimiva silloin, kun asiakkaalla on monimutkainen ja pitkäaikainen palveluiden tarve. Palveluohjauksella tarkoitetaan asiakastyön menetelmiä ja palveluiden yhteensovittamista. (Hänninen 2007, Kansteen, Timosen, Ylitalon & Leppälän 2009, 6 mukaan.)

Palveluohjaus on loistava ennaltaehkäisevänä menetelmänä.

Palveluohjauksen käynnistyessä varhaisessa vaiheessa on asiakkaan ongelmiin mahdollista löytää ratkaisu, ennen ongelmien kasaantumista tai ennen kuin asiakkaasta tulee ns.väliinputoaja. Palveluohjauksella tarkoitetaan työmuotoa, jossa yhdistetään asiakkaan tarvitsemat palvelut ja tuet joustavaksi yhden pysähdyksen palveluksi. (Hänninen 2007, 12.)

Asiakkaille, jotka tarvitsevat paljon terveyspalveluita nimetään oma henkilökohtainen palveluohjaaja, jonka tulee olla kokenut sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Ennen vastaanoton käynnistämistä, on selvitetty keitä ovat paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmistä sekä henkilöstön arvioinnin avulla. (Kanste ym. 2009, 6.)

Jokaiselle asiakkaalle suunnitellaan oma henkilökohtainen palvelusuunnitelma yhteistyössä potilaan ja moniammatillisen tiimin avulla. Mallissa korostetaan säännöllistä yhteydenpitoa, hoidon jatkuvuuden turvaamista, luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamista ja asiakkaan voimavaroja tukevaa ja asiakaslähtöistä toimintaa sekä aktiivista omahoidon tukemista. (Kanste ym. 2009, 7.)

Osassa asiakastapauksia korostuu hyvin voimakkaasti hoitajan rooli terveysvalmentajana. Tällöin asiakasta tuetaan terveyden ylläpitämisessä



ja sen saavuttamisessa, jolloin korostuu myös ennaltaehkäisevä ja edistävä lähestymistapa. Asiakasta rohkaistaan olemaan aktiivinen ja ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Toimintamalliin tulee sisällyttää koordinoimista työnjaosta sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Hyviin tuloksiin on päästy palveluohjauksella, jossa on tavoiteltu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden yhteensovittamista. (Kanste ym. 2009, 7.)

Asiakkaat, jotka ovat käyneet palveluohjaajan vastaanotolla, ovat olleet sitä mieltä, että oma hoitaja on hyvin merkittävä asia. Omahoitaja nähdään ihmisenä, jolla on aikaa ja kiinnostusta paneutua yksittäisiin asiakkaisiin. Itse palveluohjaajat ovat kokeneet työn kiinnostavana ja mieltäviä, että heillä on paremmin aikaa keskittyä asiakkaan terveys- ja elämäntilanteeseen ja olla osana hoidon suunnittelua. (Kanste ym. 2009, 7.)

#### Kokemuksia palveluohjaaja palvelumallista

Palveluohjauksella on kokemusten mukaan ollut vaikutuksia myönteisesti asiakkaan elämäntilaan ja -laatuun. Asiakkaat kokevat sairauksien olevan paremmin hallinnassa ja että he osaavat paremmin hoitaa itseään. Palveluohjauksella on todettu saavutettavan taloudellisia hyötyjä ja sen on huomattu myös vähentävän sairaalahoitajaksoja ja avoterveydenhuollon lääkärikäyntejä. (Leighton ym. 2008, Wright ym. 2007a, Kanste ym. 2007, 8 mukaan.)

Palvelumallilla on mahdollista vaikuttaa edistävästi hoitajien urankehitykseen sen tarjotessa kokeneille hoitajille mahdollisuutta kehittää osaamistaan ja vahvistaa ammatillisuuttaan (Kanste ym. 2007, 7).

## 7 TYÖN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Toteutus

Tuotimme kirjallisen opinnäytetyön, jossa oleva teoriaosuus käsittelee terveyspalvelujen suurkäyttäjiä, heidän määrittämistään sekä tunnistamistaan ja heidän palveluidensa kehittämisessä hyödyntämiskelpoisia palvelumalleja. Tähän teorian tietoon perustuen valmistelimme esityksen Mäntsälän terveysaseman henkilökunnalle, joka oli opinnäytetyömme toiminnallinen osuus.

Tapasimme yhteistyökumppanimme edustajia työryhmäpalavereissa Mäntsälän terveysasemalla kolmesti toukokuu-syyskuu 2015 välillä. Mäntsälän terveysaseman työntekijöistä koostuva työryhmä toimi kanssamme yhteistyössä reflektoiden ja keskustellen sekä tuoden työkentän näkökulmaa opinnäytetyöhömmme.

Työryhmämme työskentely päättyi Mäntsälän terveysasemalla järjestettävään koulutusiltapäivään marraskuun 19. päivä 2015.

Teoriatiedon hakua toteutimme kesällä 2015. Teorian tietoon tutustumista ja opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamista toteutimme syyskuu-marraskuu 2015 ajanjaksolla.

Toteutimme opinnäytetyömme parityöskentelynä. Tapasimme säännöllisesti ja teimme kirjoittamistyötä sekä lähdehakua niin yhdessä kuin erikseenkin. Teimme selvän roolijaon heti alusta alkaen ja pitäydyimme rooleissamme loppuun saakka. Pysyimme hyvin suunnitelmassamme. Saimme organisoitua tapaamiset Mäntsälän terveysaseman työryhmän kanssa, eikä kumpikaan opinnäytetyöntekijöistä sairastunut prosessin aikana. Palautimme opinnäytetyön suunnitelman mukaisesti marraskuussa viikolla 48.

## 7.2 Tiedonhaun menetelmät

Opinnäytetyöhön tarvittiin teoriatietoa, jota etsittiin sähköisistä lähteistä sekä kirjallisuudesta. Kirjallisuudesta ei löytynyt tarpeeksi ajankohtaista materiaalia, joten lähdeaineisto painottui sähköiseen materiaaliin.

Tiedonhankintaa suoritettiin kesällä ja loppusyksyllä 2015. Tietoa etsittiin eri tietokannoista kuten, Melinda, ARTO, Theseus ja Medic. Tiedonhakuun käytettiin myös Googlea ja Google Scholaria. Opinnäytetyöhön valittiin ajankohtaista ja luotettavaa aiheeseen sopivaa materiaalia kuten väitöskirjoja, lääketieteellisiä artikkeleja, sosiaali- ja terveysministeriön sekä terveyden- ja hyvinvointilaitoksen tutkimuksia. Hakusanoina käytettiin: terveyspalvelujen suurkäyttäjät, terveyspalvelujen suurkuluttajat, terveyspalvelujen palvelumallit, palvelumalli.

Lähteiden luotettavuutta arvioitiin lähdekritiikin avulla ja rajattiin lähteet myös niiden julkaisuvuoden mukaan. Lähdekritiikissä pyrittiin huomioimaan lähteiden luotettavuuden ohella myös niiden sisällön aihe- ja asiakokeskeisyyden, sekä sen miten hyvin lähde on hyödynnettävissä opinnäytetyössämme. Lähteiden valinassa huomioitiin myös että ne ovat helposti ja hyvin hyödynnettävissä opinnäytetyön jatkokäsittelyssä sekä Mäntsälän terveysasemalla mahdollisen uuden palvelumallin käyttöönotossa. Tässä opinnäytetyössä käytettiin lähteitä lähinnä tältä vuosikymmeneltä. Teoriaosuudessa hyödynnettiin myös kahta englanninkielistä lähdettä, Coleman, Austin, Brach ja Wagner (2009) lehtiartikkeli ja Jyväskylän yliopisto (2001) lääketieteellinen väitöskirja.

Opinnäytetyön tärkeänä tieteellisenä perustana on Koskelan 2008 julkaisema lääketieteellinen väitöskirja. Väitöskirjan teoriatietoa on hyödynnetty laajasti opinnäytetyössä, koska kyseinen väitöskirja on erittäin monipuolinen ja kattava. Tiedonhaun perusteella Koskelan (2008) väitöskirja oli ainoa ajankohtaisuuden kriteerit täyttävä tämän opinnäytetyön aiheesta tehty väitöskirja.

Mäntsälän terveysaseman edustajista koostuva työryhmä oli myös tietolähde opinnäytetyössä. Pöytäkirjaa pidettiin ryhmän tapaamisista ja

niistä kerättyjä muistiinpanoja hyödynnettiin tiedonhaussa sekä opinnäytetyön aiheen kokonaiskäsittelyssä. Tapaamisten perusteella myös aihetta rajattiin koskemaan terveystalvelujen suurkäyttäjiä, heidän tunnistamistaan sekä heidän palveluidensa kehittämiseen hyödynnettäviä palvelumalleja.

### 7.3 Työryhmätapaamiset

#### Aloituspäalaveri

Mäntsälän terveystasemalla 12.5.2015 klo 13.00 – 14.00

Paikalla opinnäytetyön tekijöiden lisäksi olivat: johtava hoitaja, osastonhoitaja ja sairaanhoitaja.

Opinnäytetyöntekijöillä oli ehdotuksena aihe opinnäytetyölle, johon Mäntsälän terveystasema tulee yhteistyökumppaniksi. Suunniteltuna aiheena opinnäytetyölle oli ”Päihteiden käyttäjän työllistävä vaikutus-sairaanhoitajan näkökulmasta”. Keskustelu herätti monenlaisia tuntemuksia ja ideoita. Opinnäytetyön aihetta työstettiin ryhmässä ja sitä päädyttiin muokkaamaan hieman laajemmaksi sekä ajankohtaisemmaksi. Kävi ilmi, että Mäntsälän terveystasemalla käy asiakkaita, jotka tulevat yhä uudelleen saman somaattisen sairauden tai sairauden epäilyn vuoksi vastaanotolle. Näiden asiakkaiden työllistävä vaikutus näkyy päivittäin sairaanhoitajan työssä. Somaattisten sairauksien lisäksi päihteidenkäyttö sekä mielenterveysongelmat työllistävät Mäntsälän terveystasemaa.

Keskustelun ja ajatustenvaihdon seurauksena opinnäytetyön aiheeksi muodostui ”Terveystalvelujen suurkäyttäjät: tunnistaminen ja palvelumallit”.

Sovittiin yhteistyöstä Mäntsälän terveystaseman kanssa ja päätettiin aloittaa työryhmätapaamiset kesälomien jälkeen syyskuussa.

Ensimmäinen tapaaminen suunnitettiin viikolle 36 ja toinen tapaaminen viikolle 38, mikä sitten vaihtui viikolle 39. Tutkimussuunnitelman palautus

sovittiin elokuun alkuun ja se toteutui viikolla 33. Koulutusiltapäivä sovittiin pidettäväksi marraskuun aikana, toteutunut viikolla 47.

## 1. Työryhmätapaaminen

Mäntsälän terveysasemalla 4.9.2015 klo 12.30 – 13.30

Paikalla opinnäytetyön tekijöiden lisäksi olivat: osastonhoitaja, 2 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitaja.

Opinnäytetyöntekijät olivat valmistelleet opinnäytetyösuunnitelman, johon työryhmän jäsenet olivat tutustuneet. Kävimme työryhmän kanssa suunnitelman läpi ja jatkoimme keskustelua osittain sen pohjalta.

Työryhmässä keskusteltiin, millainen Mäntsälä terveysaseman näkökulmasta on terveysten palvelujen suurkäyttäjä eli ns. kallis asiakas? Työryhmässä nousi esille juuri hoidon kokonaisuuden hallitsemattomuus ja usein toistuvat käynnit terveydenhuollon parissa. Myös iäkkäiden ja erityisesti muistisairaiden osuus korostui hoitohenkilökuntaa työllistävänä tekijänä. Tähän nähtiin syyksi taustalla olevat kotona pärjäämättömyys, yksinäisyys ja turvattomuuden tunne sekä kokonaisvaltainen huonovointisuus.

Keskusteltiin myös siitä, miten laajasti terveysten palvelujen suurkäyttäjän työllistävä vaikutus näkyy Mäntsälän terveysasemalla. Työryhmäläiset kertoivat suurkäyttäjien työllistävän hoitohenkilökunnan (sairaanhoitajat), lisäksi lääkäreitä, ajanvaraushenkilökuntaa, potilastoimistoa, laboratoriota ja jopa kunnanjohtajaa.

Tämänhetkiset keinot Mäntsälän terveysasemalla terveysten palvelujen suurkäyttäjän tunnistamiseksi olivat työryhmän perusteella: somaattisten sairauksien toistuvuus, potilaan tuttuus ja käyntimäärät.

## 2. Työryhmätapaaminen

Mäntsälän terveysasemalla 24.9.2015 klo 12.30 – 13.30

Paikalla opinnäytetyön tekijöiden lisäksi olivat: osastonhoitaja, 2 sairaanhoitajaa ja 2 terveydenhoitajaa.

Edellisellä kerralla sovittiin että tässä tapaamisessa käymme läpi löydettyä ja referoitua teoriatietoa terveystalvelujen suurkäyttäjistä, heidän tunnistamisestaan ja niistä palvelumalleista joita heidän haltuunotossaan voidaan hyödyntää. Tästä oli tuotettu kirjallinen teoriaosuus, joka oli toimitettu sähköpostitse työryhmän jäsenille tapaamista edeltävällä viikolla 16.9.2015. Työryhmään osallistuvat olivat tutustuneet materiaaliin ennalta ja keskustelumme eteni tätä materiaalia hyödyntäen.

Aluksi pidettiin opinnäytetyösuunnitelman esittely, joka nauhoitettiin nauhurilla ohjaavalle opettajalle. Suunnitelmaa koskevia kysymyksiä ei tullut esille.

Ensin keskusteltiin suurkäyttäjän tunnistamiseen liittyvästä teoriaosuudesta. Työryhmän jäsenet pitivät löydettyä teoriatietoa mielenkiintoisena ja lisäsivät, että tarpeellista olisi myös löytää lisää mittareita, joilla terveystalvelujen suurkäyttäjän voi terveystalvelulla tunnistaa. Tähän opinnäytetyöntekijät lupasivat paneutua tarkemmin. Keskusteltiin myös siitä, olisiko eräänlaisesta check list- tyyppisestä taulukosta hyötyä suurkäyttäjän tunnistamiseen ja tätäkin asiaa opinnäytetyöntekijät lupasivat selvittää ja mahdollisesti jatkojalostaa.

Malleista keskusteltaessa nousi esille Terveyskioski- malli, jota työryhmäläiset eivät pitäneet sopivana Mäntsälän terveystalvelulle. Palveluohjaaja ja asiakasvastaava- mallit nähtiin vaihtoehtoina, joskin hyvin samankaltaisina.

Tapaamisen perusteella opinnäytetyöntekijät päättivät jatkaa mallien etsimistä ja pyrkivät löytämään hyväksi todettuja jo esille tuoduista malleista poikkeavia palvelumalleja.

## 8 KOULUTUSILTAPÄIVÄ MÄNTSÄLÄN TERVEYSASEMALLA

Torstaina 19.11.2015 klo 14:00 – 15:30 järjestimme koulutusiltapäivän Mäntsälän terveysasemalla. Paikalla oli opinnäytetyön esittelijöiden lisäksi 16 terveysaseman työntekijää: ylilääkäri, yleislääkäreitä, sairaanhoitajia ja lähihoitaja.

Esittelimme opinnäytetyömme aiheen ja tavoitteen sekä tarkoituksen. Apuna esityksessä käytimme Powerpoint- diaesitystä. Videoimme esityksemme opinnäytetyömme ohjaajaa varten.

Kävimme läpi opinnäytetyömme pääasiat. Aloitimme kertomalla viitekehyksenä toimivasta terveystyömallista ja sen jälkeen kerroimme terveyspalvelujen suuren käyttäjän määrittämisestä ja tunnistamisesta. Esittelimme myös tunnistamiseen soveltuvia työvälineitä eli mittareita. Avasimme mittarit tietokoneen ruudulle kaikkien nähtäville ja kävimme niitä pääpiirteittäin läpi. Suurin osa mittareista oli osallistujille vieraita.

Jatkoimme kertomalla terveyspalvelujen suuren käyttäjien palvelujen kehittämiseen soveltuvista palvelumalleista, joista myös kävimme keskustelua koulutuksen päätteeksi. Keskustelu osoittautui hyvinkin vilkkaaksi. Palvelumallien soveltuvuudesta ja sovellettavuudesta terveyskeskuksen toimintaan oltiin hyvinkin mielteliäitä ja tästä nousi esiin erilaisia mielipiteitä sekä puolesta että vastaan.

Keskustelussa kävi ilmi, että eräällä lääkärillä oli tuoreta kokemusta avoimen dialogin mallista Keroputaan sairaalasta. Hän kuvaili mallia hyvin toimivaksi, erittäin sairaanhoitajavetoiseksi ja osittain raskaaksikin. Lääkäri kertoi myös pääsääntöisesti kaikilla hoitajilla olevan perheterapeutin koulutus. Pysyvien hoitosuhteiden hyödyn lisäksi oli Keroputaalla ollut nähtävissä pitkäaikaisen hoitosuhteen aiheuttamia väsymyksen tunteita hoitohenkilökunnassa. Lääkäri tiesi jonkun hoitosuhteen kestäneen jopa kaksikymmentä vuotta saman hoitajan ja potilaan välisenä. Hän kertoi myös, että Keroputaalla lääkärin tehtävä oli pikemminkin toimia konsulttina, eikä osallistuminen hoitopalaveriin ollut välttämätöntä.

Mäntsälän terveysasemalle palvelumallin soveltamisen kyseinen lääkäri näki haasteellisena, miltei mahdottomana.

Terveyskioski palvelumallista heräsi paljon keskustelua. Malli nähtiin raskaana ja Mäntsälän tarkoituksiin soveltumattomana. Keskustelimme mallin sovellettavuudesta ja siitä, että sitä voi muokata palveluntarpeen mukaan, esim. sähköisten palveluiden neuvontaa, keskusteluapua jne. Nämä mahdolliset terveyskioskin palvelut nähtiin positiivisina. Esille tuli myös, että osallistujat kokevat potilaskannan olevan sellainen, että terveyskioski saattaa lisätä tiettyjen ryhmien palveluntarvetta, ns. ystäväpalvelu. Osallistujat sanoivat myös, että henkilökuntaresurssit eivät tällä hetkellä ole riittävät, jotta terveyskioskia pystyisi pyörittämään.

Palveluohjaaja- mallista keskusteltiin erään hoitajan oman opinnäytetyöprosessin tiimoilta. Kyseinen sairaanhoitaja näki mallin tällä hetkellä soveltumattomana Mäntsälän terveysaseman käyttöön sen laajuuden vuoksi. Palveluohjaaja- mallissa nähtiin positiivisena potilaalle tarjottavan ohjauksen tuen määrä sekä palveluohjaajan ja potilaan vahva yhteistyö.

Muista palvelumalleista keskustelua ei syntynyt, mutta malleja ei myöskään nähty hyödyntämiskelvottomina.



## 9 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme aikana pohdimme luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä asioita laajalti. Tämä pohdinta on kulkenut mukana koko työskentelyn ajan. Toimittaessa yhteistyössä työelämän kanssa, oli erityisen tärkeää noudattaa eettisen toiminnan periaatteita. Opinnäytetyömme luotettavuuteen kuuluu osana yhteistyö terveysalan ammattilaisten kanssa joita ohjaavat myös hoitotyön eettiset periaatteet. Olemme noudattaneet Lahden ammattikorkeakoulun ohjeistusta (2015) lähdemerkintöjen oikeaoppisesta ulkoasusta ja kunnioittaneet opinnäytetyöprosessiimme vaikuttaneiden henkilöiden yksityisyyttä ja tietosuojaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tutkimus- ja teorian tietoa olemme referoineet omin sanoin, pyrkien välttämään alkuperäistä kirjoitusasua ja suoria lainauksia. Työryhmän kanssa tutkimus- ja teorian tietoa reflektoidesamme, olemme avoimesti tuoneet esille löytämiämme ja käyttämiämme materiaalin lähteet sekä lähteiden luotettavuuden. Yhteistyökumppanimme olemme ennakoon informoineet koulutusiltapäivän sisällöstä ja aihekokonaisuudesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Koko opinnäytetyöprosessimme on ollut kattavasti läpinäkyvä yhteistyökumppanimme edustajien suuntaan.

Syventyessämme opinnäytetyömme aiheeseen, huomasimme sen sisältävän jonkin verran meille vieraita käsitteitä kuten terveyspalvelujen suurykäyttäjät, heidän määrittelemisensä sekä tunnistamisensa ja erilaiset terveyspalvelujen kehittämistyössä hyödynnettävät palvelumallit. Lähdimme perehtymään aiheeseen tarkemmin näyttöön perustuvan tiedon kautta, mitä terveyspalveluiden suurykäyttäjistä löytyikin melko runsaasti. Aihealue kokonaisuudessaan vakuutti meidät kiinnostavuudellaan ja mitä enemmän lähdimme tietoa etsimään, sitä opinnäytetyömme aihe alkoi meitä kiinnostamaan. Työmme tavoitteeksi ja tarkoitukseksi muodostui etsiä ja koota tietoa terveyspalveluiden suurykäyttäjien määrittämisestä sekä tunnistamisesta ja esitellä palvelumallit joita terveyspalvelujen

kehittämistyössä voidaan hyödyntää. Tämän kerätyn aineiston perusteella järjestimme koulutusiltapäivän Mäntsälän terveysaseman henkilökunnalle, mistä muodostui opinnäytetyömme toiminnallinen osuus.

Vuorovaikutussuhde työelämän yhteistyökumppanin Mäntsälän terveysaseman kanssa rakentui opinnäytetyöprojektin alussa. Opinnäytetyön reflektointia varten muodostettu työryhmä oli tukenamme mm. silloin, kun aihealuetta rajattiin ja varsinaista toiminnallista osuutta mietittiin. Yhteistyö Mäntsälän terveysaseman kanssa oli heidän työkiireidensä vuoksi haastellista, mutta kaikesta huolimatta tuottoisaa ja toimivaa. Saimme erilaisia näkemyksiä aiheeseemme sekä johdatusta palvelumalleihin, jotka mahdollisesti toimisivat Mäntsälän terveysasemalla.

Tehdessämme opinnäytetyötämme pohdimme kuinka ajankohtainen aihe terveyspalveluiden suurkäyttäjät on ja kuinka tärkeää on että terveydenhuollon ammattilaiset osaavat tunnistaa suurkäyttäjät ja miten erilaisten palvelumallien avulla ennaltaehkäistäisiin terveyspalveluiden ruuhkatumista. Terveyspalveluiden suurkäyttäjät työllistävät perusterveydenhuoltoa ja tämä lienee suuri haaste lähes jokaisessa terveyskeskuksessa ympäri maan

Työtä tehdessämme opimme aiheesta paljon. Ennakkokäsityksemme terveyspalvelujen suurkäyttäjistä olivat hatarat ja opinnäytetyöprosessin kautta meille selvisi, että terveyspalvelujen asiakaslähtöisillä järjestelyillä terveyspalvelujen suurkäyttäjät voidaan hoitaa ilman, että heidän palveluntarpeensa koetaan rasitteeksi.

Tutuksi meille opinnäytetyön tekijöille tuli laadullisen opinnäytetyön toteutuksen vaiheet ja prosessin läpivieminen käytännön työelämässä. Opinnäytetyötä tehdessämme harjaannuimme erilaisten lähteiden hakemisessa monipuolisten tietokantojen avulla.

Yhteistyömme opinnäytetyöprosessimme aikana oli sujuvaa, sillä tapamme tehdä kirjallisia töitä ovat hyvin samankaltaiset. Opinnäytetyön tekeminen parityöskentelynä oli antoisaa, mutta haastavaa osittain sen vuoksi koska materiaalia aihealueesta oli niin paljon ja rajaaminen oli

tärkeää pitää mielessä koko työskentelyn ajan. Opinnäytetyön olisi voinut toteuttaa myös kolmen hengen ryhmätyönä, jolloin teoria- ja tutkimustiedon käsittelyä olisi saatu laajemmaksi ja analyyttisemmäksi. Mielenkiinto ja motivaatio opinnäytetyötämme kohtaan säilyivät työn loppuun saakka.

Pääsimme opinnäytetyössämme asettamiimme tavoitteisiin. Saimme järjestettyä onnistuneen koulutusiltapäivän Mäntsälän terveysasemalla ja valmistimme opinnäytetyön rajatusta aiheestamme. Koulutusiltapäivä oli mielestämme onnistunut. Olimme valmistautuneet esitelmän pitämiseen huolellisesti ja olimme tyytyväisiä että koulutusiltapäivään osallistui runsaasti henkilökuntaa. Teknisten vaikeuksien välttämiseksi olisi ollut hyvä päästä esitelmätiloihin etukäteen, jolloin olisimme voineet valmistella esityksemme rauhassa. Koska käyttämässämme tilassa oli ennen meitä toinen tilaisuus, tilaan ennalta pääseminen oli mahdotonta.

Opinnäytetyömme jatkokehittämisideana voi olla jonkin palvelumallin valinta ja sen soveltaminen käytäntöön yhteistyötoimijan kanssa. Jatkokehittämisideana näemme myös mahdollisuuden soveltaa esittelemistämme palvelumalleista uusi, yhtenäinen palvelumalli jossa olisi hyödynnetty olemassaolevien palvelumallien parhaat ominaisuudet.

## LÄHTEET

A-Klinikkasäätiö. 2015. Päihdelinkki: Alkoholi [viitattu 5.11.2015].

Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi>

A-klinikkasäätiö. 2015. Päihdelinkki: Huumeet [viitattu 5.11.2015].

Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet>

Alakare, B. & Seikkula, J. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Kirjallisuuskatsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 120(3), 289-96 [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa: [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Article\\_portlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94071&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Article_portlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94071&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth)

Berner, A-S., 2012. Torniossa mielenterveyshoito toimii. Helsingin sanomat.16.12.2012 [viitattu 10.11.2015]. Saatavissa:

<http://www.hs.fi/sunnuntai/a1355546346268>

Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., & Wagner, E.H. 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. Health affairs. Vol. 28, Iss 1, p.75-85 [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa:

<http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full>

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä palvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007 [viitattu 14.9.2015]. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Jyväskylä, S. 2001. Frequent attenders in primary health care. Oulun yliopisto, Terveystieteiden tutkimuskeskus. Väitöskirja [viitattu 7.9.2015]. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514264460/isbn9514264460.pdf>

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, Kaste, 2013.

Avosairaanhoidon ohjeet [viitattu 4.11.2015]. Saatavissa:

<https://www.innokyla.fi/documents/759275/29767637-7818-4837-9d72-c841da1d06c4>

Kanste, O., Timonen, O., Ylitalo, K. & Leppälä, A. 2009. Oma palveluohjaaja monisairaana tukena. Sairaanhoitaja 2/2009 Vol. 82,6-8 [viitattu 14.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.oulunkaari.com/tiedostot/Hucco/Omapalveluohjaajamonisairaan\\_tukena.pdf](http://www.oulunkaari.com/tiedostot/Hucco/Omapalveluohjaajamonisairaan_tukena.pdf)

Kapiainen, R., Seppälä, Timo T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, Risto P. & Korppi-Tommola, M. 2010. Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Avauksia THL 3/2010 [viitattu 23.7.2015]. Saatavissa:

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085276>

Kork, A-A. & Vakkuri, J. 2013. Matalan kynnyksen palvelumalli perusturvan palvelualueella: Ylöjärven terveyskioskin jatkotutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa: [http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Matalan\\_kynnyksen\\_palvelumalli\\_perusturvan\\_palvelualueella.pdf](http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Matalan_kynnyksen_palvelumalli_perusturvan_palvelualueella.pdf)

Koskela, T. 2014. Millaisia ovat eniten palveluita käyttävät terveyskeskuspotilaat? - ja onko vaikuttavaa hoitoa heidän auttamiseksi? Tampereen yliopisto. Diaesitys [viitattu 9.9.2015]. Saatavissa:

<http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/15-1-seminaarin-esitykset/tuomas-koskela-millaisia-ovat-eniten-palveluita-kayttavat-terveyskeskusten-potilaat-onko-vaikuttavaa-hoitoa-heidan-auttamiseksi>

Koskela, T-H. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopisto. Yleislääketieteen laitos. Väitöskirja [viitattu 7.9.2015]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1042-3/urn\\_isbn\\_978-951-27-1042-3.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1042-3/urn_isbn_978-951-27-1042-3.pdf)

Kuopion kaupunki. 2015 [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

<http://www.kuopio.fi/web/terveyspalvelut/terve-kuopio-kioski>

Leskelä, R-L., Komssi, V. , Sandström, S. , Pikkujämsä, S. , Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013 [viitattu 7.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto48\\_3.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto48_3.pdf)

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali-ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technology 62 [viitattu 11.11.2015]. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2015. Toimiva terveyskeskus Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli :Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali-ja terveysministeriö [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

[http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get\\_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2](http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2)

Nuutinen, L., Nuutinen, M. & Erhola, M. 2004. Käypä hoito -suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim 2004;120:2955–62 [viitattu 8.9.2015]. Saatavissa:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/nix/nix00684a.pdf>

Opinnäytetyön ohje. 2015. Lahden ammattikorkeakoulu [viitattu 20.11.2015]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun tunnuksin:

<http://reppu.lamk.fi/mod/book/view.php?id=358174>

Pernaa, M. 2014. Asiakasvastaava huolehtii kokonaisuudesta. Sosiaali-ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 13.9.2015]. Saatavissa: <http://tesso.fi/artikkeli/asiakasvastaava-huolehtii-kokonaisuudesta>

Routsalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen: Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Duodecim [viitattu 7.9.2015].

Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)

Salonen, H. 2014. Terveyskioski hyvinvoinnin edistäjänä case: Hyvinkään kaupunki, hyvinvointikioski. Laurea ammattikorkeakoulu, Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Ylempi AMK-opinnäytetyö [viitattu 13.9.2015]. Saatavissa:

[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80459/Salonen\\_Heli.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80459/Salonen_Heli.pdf?sequence=1)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus: Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille 2013-2015 [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

<https://www.innokyla.fi/documents/662466/13d02047-95d1-4b97-accb-719ef802312f>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. FINRISKI-tutkimus [viitattu 10.9.2015]. Saatavissa: [https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-](https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finriski-tutkimus)

[asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finriski-tutkimus](https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finriski-tutkimus)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Terveysshyötymalli. Innokylä Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmät [viitattu 3.11.2015]. Saatavissa:

<https://www.innokyla.fi/web/malli795854>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön itsearviointimittari [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot-ja-julkaisut/ammattilaiset/yli-65-vuotiaiden-alkoholimittari>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. GDS-15, Myöhäisiän depressioseula. Toimia [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2012. Beckin depressiokysely 21-osiainen. Toimia [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/83/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari - lyhyt versio. Toimia [viitattu

4.11.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. SOFAS - Social and Occupational Functioning Assessment Scale. Toimia [viitattu 4.11.2015]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/88/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet [viitattu 20.11.2015].

Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Varkauden kaupunki. 2015 [viitattu 9.11.2015]. Saatavissa:

[http://www.varkaus.fi/palvelut/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/hyvinvointi-ankkuri/](http://www.varkaus.fi/palvelut/sosiaali-ja_terveyspalvelut/hyvinvointi-ankkuri/)

Virtanen P., Suoheimo M., Lamminmäki S., Ahonen P. & Suokas M. 2011. Matkaopas sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekes [viitattu 11.11.2015]. Saatavissa:

<http://www.gcfinland.fi/file/original/matkaopas%5B1%5D.pdf?fileId=5688>





## Terveyshyötymalli



## Terveyspalvelujen suurkäyttäjän määrittäminen

- Oulussa 81% terveydenhuollon kustannuksista on kerryttänyt 10% asukkaista
- Pitkäaikaiset suurkäyttäjät ovat moniongelmaisia
- Raja-arvoa suurkäyttäjyydelle vaikea löytää, mutta esim. Oulussa 8 käyntikertaa/vuosi

## Terveyspalvelujen suurkäyttäjän määrittäminen jatkuu...

- Potilaslähtöiset vaikutustekijät
- Health belief- malli
- Kiintymyssuhdeteoria
- Muut vaikuttavat tekijät

## Terveyspalvelujen suurkan käyttäjän tunnistaminen

- Aiemmat käyntikerrat, sairaskertomukset, tutkimuskierteet, erikoiset oireet, potilaan huolestuneisuus
- Monisairauksia, heikko sosiaalinen asema ja korkea ikä
- Pitkäaikaissairaudet riski terveyspalvelujen suurkan käyttöön

## Terveyspalvelujen suurkan käyttäjän tunnistaminen mittareiden avulla

- [Finriskilaskuri](#) - terveydentilan arviointimittari
- [Omahoitolomake](#) - omahoidon arviointimittari
- [WHOQOL- BREF](#) - elämänlaatumittari
- [SOFAS](#) - toimintakyvyn arviointimittari
- [AUDIT](#), [DUDIT](#) & [Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari](#) - päihteiden käytön arviointimittarit
- [BDI](#) ja [GDS-15](#) - Psykkisen tilan seurantamittarit

## Terveyspalvelujen suurkan käyttäjän palvelumallit

- Avoimen dialogin hoitomalli
- Perustason moniammatillinen tiimimalli
- Terveyskioski/ hyvinvointikioski palvelumalli
- Asiakasvastaava palvelumalli
- Palveluohjaaja palvelumalli

## Avoimen dialogin hoitomalli

- Kehitetty psyykkisiin kriiseihin, sovellettavissa
- Välitön apu kriisitilanteessa
- Sosiaalisen verkoston näkemys hoidossa
- Liikkuvuus ja joustavuus
- Työntekijöiden vastuu
- Psykologinen jatkuvuus
- Epävarmuus ja sen sietäminen
- Dialogisuus keskustelussa

## Perustason moniammatillinen tiimimalli

- Perustuu potilaiden palvelutarpeisiin
- Tavoitteena eri ammattiryhmien ja organisaatioiden keskinäinen yhteistyö
- Kehitetty päihde- ja mielenterveysasiakkaille, sovellettavissa
- Periaatteena hallitseva moniammatillinen tiimityö, jossa palvelut eivät jakaudu erikseen
- Sisältää: Moniammatillisen tilannearvion ja verkostotyön, yksilökohtaisen palveluohjauksen, suunnitelmallisuuden, jatkotuen ja neuvonnan sekä ryhmätoiminnan ja kokemusasiantuntijan tuen

## Terveyskioski/hyvinvointikioski palvelumalli

- Erilaisia palvelupisteitä, voivat sijaita esim. kirjastossa, monitoimitalossa jne.
- Laajat aukioloajat, myös viikonloppuisin
- Valikoima aiheellista rajoittaa tavallisiin terveysongelmiin
- Tavoitteena ennaltaehkäistä ja lisätä kuntalaisten hyvinvointia



## Asiakasvastaava palvelumalli

- Runsaasti palvelua tarvitseville
- Koulutettu vastuuhenkilö
- Asiakasvastaava työskentelee lääkärin työparina ja konsultoi tätä tarvittaessa
- Tiimissä voi työskennellä myös muita työpareja sekä ammattilaisia (mm. fysioterapeutteja)
- Erikoiskoulutus
- Pääperiaatteena hoidon jatkuvuus, toiminnan vaikuttavuus ja asiakas- ja yhteisölähtöisyys

## Palveluohjaaja palvelumalli

- Palveluohjaajamalli on asiakaslähtöinen työtapa
- Toimiva monimutkaisen ja pitkäaikaisen palveluntarpeen potilailla
- Kyseessä on työmuoto jolla yhdistetään palvelut ja tuet
- Potilaalle suunnitellaan palvelusuunnitelma yhteistyössä henkilökohtaisen palveluohjaajan kanssa
- Mallissa korostetaan säännöllistä yhteydenpitoa, hoidon jatkuvuuden turvaamista, luottamuksellista hoitosuhteen rakentamista ja potilaan voimavaroja tukevaa omahoitoa

## Palveluohjaaja palvelumalli

- Asiakasvastaava ja palveluohjaaja taulukko

## Keskustelua palvelumalleista

- Omakohtaisia kokemuksia potilaana/palveluntuottajana?
- Mallien soveltuvuus Mäntsälän terveyskeskukseen?  
Mikä soveltuisi parhaiten?  
Jos ei sovellu lainkaan, miksi ei?
- Mitkä osa-alueet malleista ovat helposti hyödynnettävissä?
- Minkälaisia ajatuksia esitys herätti?

Kiitos mielenkiinnosta!

## LIITE 2

	Asiakasvastaava (case manager) terveyskeskuksessa	Palveluohjaaja (service co-ordinator) palveluketjussa
Työntekijän koulutusvaatimus		
Terveystieteiden ammattilainen	Kyllä	Kyllä
Sosiaalihoitoalan ammattilainen	Ei	Kyllä
Yhteys asiakkaisiin		
Asiakkaiden seulonta ja kutsuminen	Kyllä	Ei
Asiakkaiden pyyntöihin vastaaminen	Kyllä	Kyllä
Muiden ammattilaisten pyyntöihin vastaaminen	Kyllä	Kyllä
Palvelutarpeen arviointi		
Tarpeiden ja voimavarojen sekä riskien arviointi	Kyllä	Ei
Tavoitteiden asettaminen ja interventioiden määrittely	Kyllä	Ei yleensä
Käytössä olevien palvelujen kartoittaminen	Kyllä	Kyllä
Omahoidon tukeminen /vahvistaminen		
Asiakkaan hoidon toteutuksesta vastaaminen	Kyllä	Ei
Neuvonta ja ohjaus	Kyllä	Kyllä
Motivointi	Kyllä	Ei yleensä
Asiakkaiden asioiden ajaminen	Kyllä	Kyllä
Yhteydenpito muihin hoitoon tahoihin, konsultointi	Kyllä	Kyllä
Palveluiden järjestäminen	Kyllä	Ei yleensä
Palveluihin tai palveluissa ohjaaminen	Ei yleensä	Kyllä
Palveluiden yhteen sovittaminen (koordinointi)	Kyllä	Kyllä
Arviointi, toiminnan päättäminen		
Tarpeisiin vastaamisen arviointi	Kyllä	Kyllä
Toiminnalla selkeä alku ja loppu	Ei	Kyllä

KUVA 2. (Muurinen & Mäntyranta 2015, 10-11.)